

Date: / /

Ref:

المرجع : ج.م.ط

التاريخ : / /

استمارة الاعتراض على قرار اللجنة (3) Objection Form (From the Defendant)

إقرار بالعلم النافي للجهالة

أقر أنا/ الموقع أدناه

الرقم المدني:

- بأن الاعتراض المقدم مني متوافق مع نص المادة 49 من القانون 70 لسنة 2020 بشأن مزاوله مهنة الطب والمهن المساعدة لها وحقوق المرضى والمنشآت الصحية
- وأنه في حال عدم تسليم جهاز المسؤولية الطبية استمارة اعتراض تتضمن مذكرة مسببة خلال خمسة عشرة يوماً من تاريخ استلامي تقرير اللجنة الأولية أو اخطاري بصوره أو من يمثلني قانونياً سيتم اتخاذ الإجراءات اللازمة وفق النظم المعمول بها دون حاجة لإخطاري أو موافقتي على ذلك.
- أنني سأقدم البيانات المطلوبة بهذه الاستمارة بشكل صحيح بعد قراءة كافة البنود، وأقر بعلمي بأنه لن يتم نظر الاعتراض حتى استيفاء كافة المستندات والبيانات المطلوبة.
- في حال ظهر أن إحدى هذه البيانات تخالف الحقيقة فإني أتحمل المسؤولية.
- أن جميع البيانات المقدمة تعامل بسرية ومصداقية تامة.
- وفي حالة رغبتني في سحب الاعتراض، يجب علي أو من يمثلني قانونياً تعبئة النموذج الخاص بذلك والتوقيع عليه.

Applicant Name:

Date:

Signature:

اسم مقدم الاعتراض:

التاريخ:

التوقيع:

(المشكو بحقه : المنشأة الصحية)

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

Date of Objection: تاريخ تقديم الاعتراض:

No. of The Issued Complain: رقم الشكوى:

Personal Details (The defendant)	بيانات مقدم الاعتراض (المشكو بحقه)																																								
Full Name of Health Facility / owner Director:	الاسم الثلاثي لصاحب / لمدير المنشأة الصحية:																																								
Civil I.D: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					الرقم المدني: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Legal Representor (If available):	الممثل القانوني (إن وجد):																																								
Civil I.D: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					الرقم المدني: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

Contact Number: Home: _____ Mobile: _____ E-mail: _____	أرقام الاتصال: المنزل: _____ النقال: _____ البريد الالكتروني: _____
Address: Area: _____ Block: _____ Street/Road: _____ Building: _____ House/Flat: _____	العنوان: المنطقة: _____ قطعة: _____ شارع/جادة: _____ بناية: _____ منزل/شقة: _____

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

Reasons for Objection:

ما هي أوجه الاعتراض؟

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

المرفقات المطلوبة:

- صورة من البطاقة المدنية/ البطاقة الأمنية/ جواز السفر للمريض.
- صورة عن التقرير المعارض عليه
- صورة من البطاقة المدنية/ البطاقة الأمنية/ جواز السفر لمقدم الاعتراض (إن لم يكن المريض).
- صورة عما يثبت الصفة القانونية لمقدم الاعتراض (إن لم يكن المريض).

ملاحظة: استلام استمارة تسجيل الاعتراض من قبل جهاز المسؤولية الطبية لا يعني قبول الاعتراض للتحقيق وسيتم إخطاركم في حال رفضه .

Note: The application of the Objection Form to the Authority for Medical Responsibility does not indicate its acceptance. You will be informed if your request was rejected.

أقر أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المكتوبة وصحة

المستندات المرفقة مع هذه الاستمارة.

المقر بما فيه

...../الاسم

...../التوقيع

...../الرقم المدني

خاص بالموظفين

	رقم الاعتراض
	تاريخ الإخطار باستلام التقرير:
	تاريخ تقديم الاعتراض